



**Roeder & Partner** Ärzte  
Berater im Gesundheitswesen

**Biersdorf**  
13.-15.9.  
Nürburgring  
Prof. Dr. med. Norbert  
Roeder

# ... NRW als Vorbild? Umsetzungsstand und Perspektiven der Krankenhausplanung

## **Dies ist eine Präsentationsunterlage**

Die Inhalte werden durch den mündlichen Vortrag ergänzt und erläutert.

Zur Vermeidung von Missverständnissen bitten wir dies zu berücksichtigen.

Die Präsentation wurde gegenüber der gezeigten Version gering ergänzt, um die Lesbarkeit zu verbessern

# AGENDA

**01** Rahmenbedingungen

**02** Umsetzung neuer  
Krankenhausplan NRW

**03** NRW → Bund → NRW

**04** Wie geht es weiter?

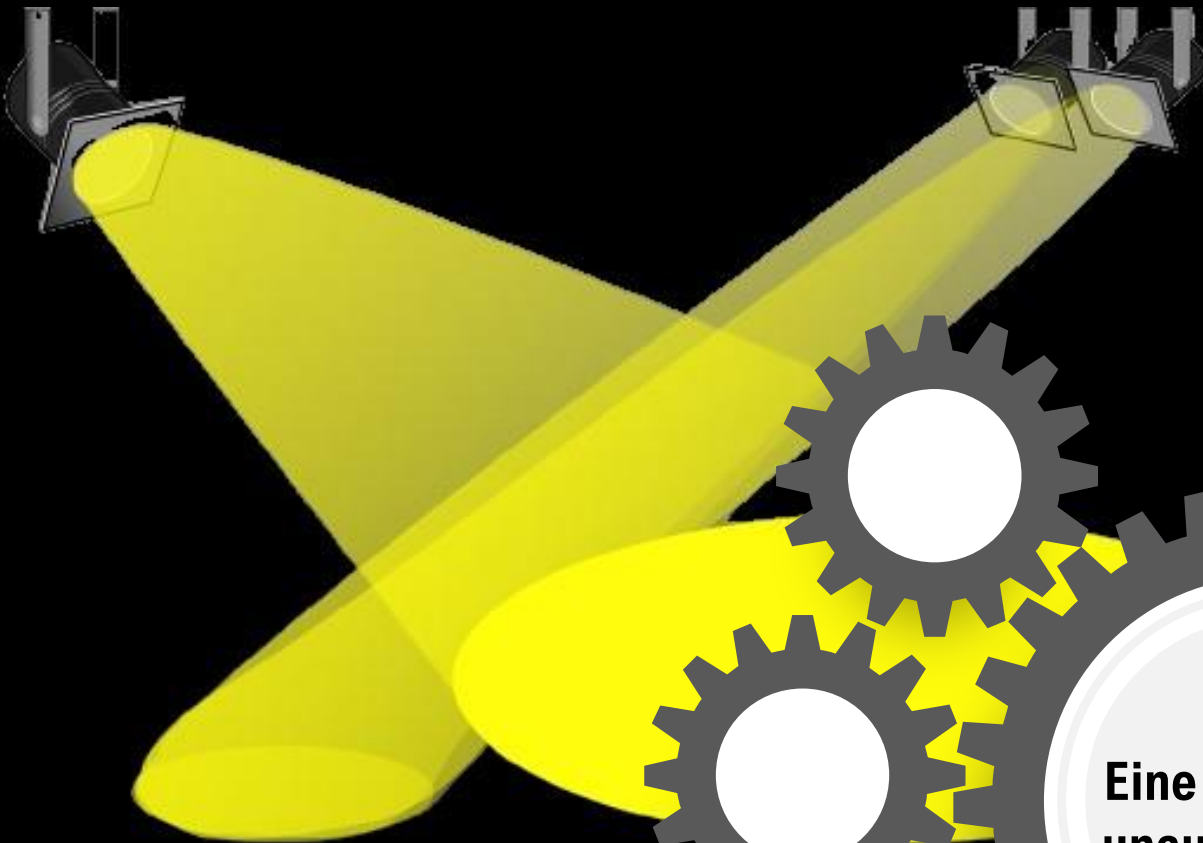
# AGENDA

**01** Rahmenbedingungen

02 Umsetzung neuer  
Krankenhausplan NRW

03 NRW → Bund → NRW

04 Wie geht es weiter?



## Stationäre Fälle sinken

- ▶ Keine signifikante „Erholung“ nach der Pandemie
- ▶ Unterschiedlichste Gründe

## Personalmangel (Demographie)

Pflege, aber auch die anderen Berufsgruppen.

## Notfallanteil stationär steigt

- ▶ Fallmix ändert sich
- ▶ Einfluss auf Verhältnis Intensivbetten/Normalbetten

## Überkapazitäten

- ▶ Anzahl Betten und Krankenhäuser
- ▶ regional unterschiedlich.

## Redundante Leistungsangebote

Gerade in Städten, Regionales Überangebot

**Eine Reform ist unausweichlich**

## Ambulantisierung

- ▶ Elektiv → ambulant
- ▶ §115b
- ▶ Hybrid-DRGs

## Investitionsfinanzierung

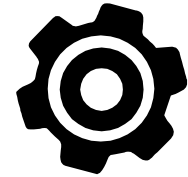
Bildquelle: [www.pixabay.com](http://www.pixabay.com)

# Stationäre Fallzahlen werden wohl niedrig bleiben

**Patientenverhalten (KH-Vermeidung?)**



**Steigende Strukturvorgaben (Leistungsausschluss)**



**Fachkräfteverfügbarkeit (Pflege, Hebammen, MTRA, Ärzte)**



**Ambulantisierung (Neue Tagesbehandlung / Hybrid-DRGs)**



**Neu: Einfluss zukünftiges Rettungswesen? (9. Empfehlung der Regierungskommission)**

Stationäre Fallzahlen werden wohl niedrig bleiben

## Folgen:

- ➔ **Notfallanteil in Krankenhäusern wird steigen**
  - ➔ **Elektiv wird vorrangig ambulant**

Neu: Einfluss zukünftiges Rettungswesen? (9.Empfehlung)

# AGENDA

01 Rahmenbedingungen


02 **Umsetzung neuer  
Krankenhausplan NRW**

03 NRW → Bund → NRW

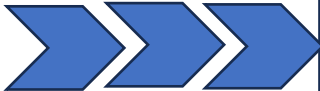
04 Wie geht es weiter?



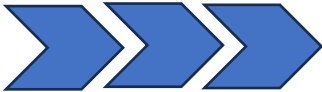
# Umsetzung Krankenhausplanung: Unterschiedliche strategische Szenarien der NRW-Krankenhäuser



**Wir machen so weiter wie bisher:**  
Komplettes Leistungsspektrum  
beantragen und durchsetzen



**Wir setzen um, was wir realistisch auch  
in der Zukunft erbringen können**  
(Personal, Mindestmengen, Nachfrage)



**Wir sprechen uns ab und sortieren  
die Leistungen in der Region  
zusammen mit Mitanbietern**

# Umsetzung bisher

- ▶ Sehr vernünftige Abstimmung zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern  
**Konzentrierte Leistungen:** Spezifische Leistungsgruppen (z.B. Endoprothetik, Große Viszeralchirurgie, Ovarialcarciom)
- ▶ Nun Sichtung der Ergebnisse durch die Bezirksregierungen beziehungsweise das MAGS und Entscheidung (insbesondere Dissens-Situationen)
- ▶ **Die Leistungsgruppen selbst haben aus meiner Sicht bisher einen nachrangigen Einfluss auf die NRW-Krankenhausstrukturierung.**

# Umsetzung bisher

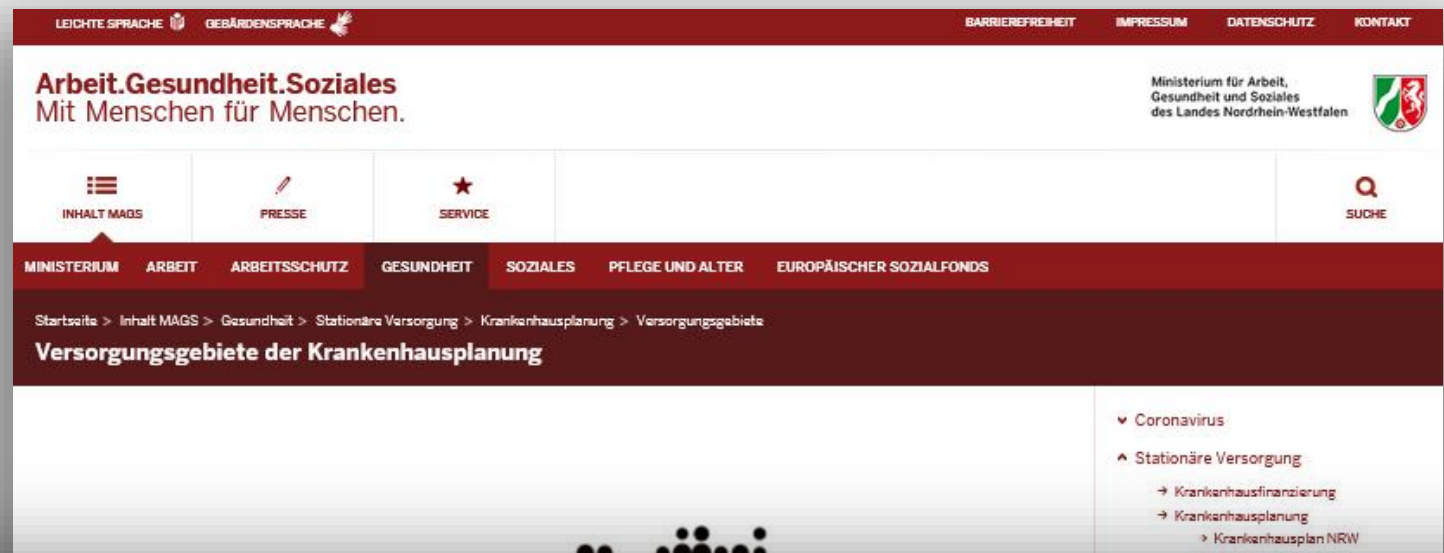
▶ **Das gesamte Verfahren hat intensive Gespräche zwischen verschiedenen Trägern und innerhalb größerer Trägergesellschaften ausgelöst**

➔ **Ziel:** Das eigene Haus zukunftsfähig machen, notfalls eben mit Partnern bis zur gesellschaftsrechtlichen Verflechtung.

➔ **Dazu gehört auch:**

- Überprüfung und Neuausrichtung des eigenen Leistungsangebotes:
- Was werde ich tatsächlich zukunftsfähig erbringen können?
- Von welchen Leistungen muss ich mich trennen?
- Welche Leistungen kann ich eventuell neu mit aufnehmen

# Umfangreiche Transparenz im Verfahren



| LG-NR | Leistungsgruppe               | Landesteil des Standortes | Regierungsbezirk des Standortes | Planungs ebene | VG des Standort | IK          | Kreis des Standorts     | Name Krankenhaus                         | Bedarf 2024 auf Planungebene | beabsichtigte jährliche Fallzahl | Aktuelles Votum Krankenkassen | Verhandlung abgeschlossen n? (rPk) | Konsens oder Dissens abgeschlossen (Standort) | Kon r n (S) |
|-------|-------------------------------|---------------------------|---------------------------------|----------------|-----------------|-------------|-------------------------|--|------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|---|-------------|
| 01.1  | 1.1 Allgemeine Innere Medizin | Nordrhein                 | RB Düsseldorf                   | Kreis          |                 | 1 260510018 | Düsseldorf, krfr. Stadt | Universitätsklinikum Düsseldorf          | 54.042                       | 9.000                            | 9.092                         | ja, Dissens                        | Konsens                                       | 9           |
| 01.1  | 1.1 Allgemeine Innere Medizin | Nordrhein                 | RB Düsseldorf                   | Kreis          |                 | 1 260510871 | Solingen, krfr. Stadt   | Städt. Klinikum Solingen                 | 17.539                       | 9.500                            | 8.998                         | ja, Konsens                        | Konsens                                       | 8           |
| 01.1  | 1.1 Allgemeine Innere Medizin | Nordrhein                 | RB Düsseldorf                   | Kreis          |                 | 1 260510939 | Wuppertal, krfr. Stadt  | Klinikverbund St. Antonius und St. Josef | 27.445                       | 8.300                            | 8.300                         | ja, Dissens                        | Konsens                                       | 8           |
| 01.1  | 1.1 Allgemeine Innere Medizin | Nordrhein                 | RB Düsseldorf                   | Kreis          |                 | 1 260510121 | Düsseldorf, krfr. Stadt | Florence-Nightingale-Krankenhaus         | 54.042                       | 8.000                            | 8.034                         | ja, Dissens                        | Konsens                                       | 8           |
| 01.1  | 1.1 Allgemeine Innere Medizin | Nordrhein                 | RB Düsseldorf                   | Kreis          |                 | 1 260510826 | Remscheid, krfr. Stadt  | Sana-Klinikum Remscheid                  | 7.356                        | 7.700                            | 7.316                         | ja, Konsens                        | Konsens                                       | 7           |
| 01.1  | 1.1 Allgemeine Innere Medizin | Nordrhein                 | RB Düsseldorf                   | Kreis          |                 | 1 260510906 | Wuppertal, krfr. Stadt  | Helios Universitätsklinikum Wuppertal    | 27.445                       | 7.979                            | 7.283                         | ja, Dissens                        | Konsens                                       | 7           |
| 01.1  | 1.1 Allgemeine Innere Medizin | Nordrhein                 | RB Düsseldorf                   | Kreis          |                 | 1 260510096 | Düsseldorf, krfr. Stadt | Marien Hospital Düsseldorf               | 54.042                       | 7.000                            | 7.000                         | ja, Dissens                        | Konsens                                       | 7           |
| 01.1  | 1.1 Allgemeine Innere Medizin | Nordrhein                 | RB Düsseldorf                   | Kreis          |                 | 1 260512032 | Mettmann, Kreis         | Helios Klinikum Niederberg               | 26.727                       | 4.761                            | 5.206                         | ja, Dissens                        | Konsens                                       | 5           |
| 01.1  | 1.1 Allgemeine Innere Medizin | Nordrhein                 | RB Düsseldorf                   | Kreis          |                 | 1 260511769 | Mettmann, Kreis         | St. Josef-Krankenhaus                    | 26.727                       | 4.600                            | 5.031                         | ja, Dissens                        | Konsens                                       | 5           |
| 01.1  | 1.1 Allgemeine Innere Medizin | Nordrhein                 | RB Düsseldorf                   | Kreis          |                 | 1 260510893 | Solingen, krfr. Stadt   | Krankenhaus Bethanien                    | 17.539                       | 5.000                            | 4.929                         | ja, Konsens                        | Konsens                                       | 4           |

<https://www.mags.nrw/krankenhausplanung-versorgungsgebiete>

**Versorgungsgebiete der Krankenhausplanung**  
 Stabilisierung der flächendeckenden Krankenhausversorgung und mehr Abstimmung und Koordination zwischen den Krankenhäusern

Die Krankenhauslandschaft in NRW ist in 16 Versorgungsgebiete aufgeteilt, die den fünf Regierungsbezirken zugeordnet sind. Diese Versorgungsgebiete sind ein wichtiger Faktor innerhalb der Krankenhausplanung, mit dem eine flächendeckende, stationäre Versorgung sichergestellt werden soll. Welche Kreise und kreisfreien Städte in einem Versorgungsgebiet zusammengefasst sind und in welchem Versorgungsgebiet Sie leben, erfahren Sie in diesem Bereich.

Bild: PantherMedia / rbiedermaann (YAYMicro)

Krankenhäuser nach Fachdisziplin vor Ort finden

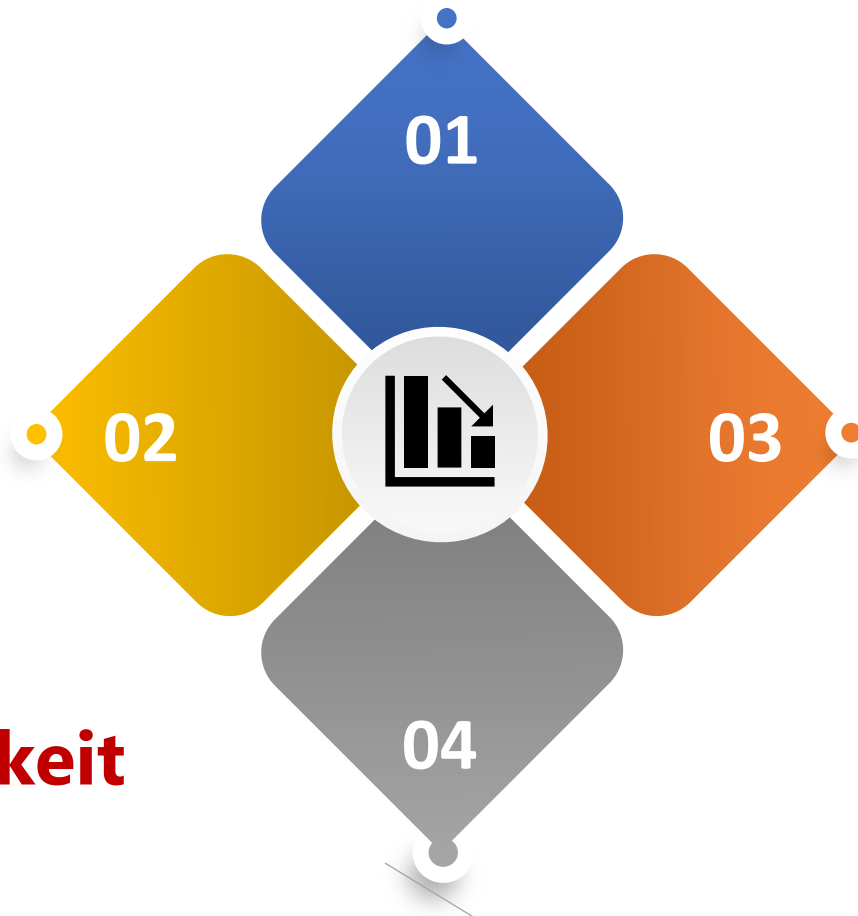
# Umfangreiche Transparenz über alle Standorte, alles öffentlich verfügbar

|  | Standorte | Bedarf 2024   | beabsichtigte<br>Fallzahl | Votum<br>Krankenkassen | Konsentiertes<br>Ergebnis SOLL |
|--|-----------|---------------|---------------------------|------------------------|--------------------------------|
| <b>Nordrhein</b>                                     | <b>30</b> | <b>42.078</b> | <b>4.067</b>              | <b>2.746</b>           | <b>2.216</b>                   |
| <b>RB Düsseldorf</b>                                 | <b>18</b> | <b>27.378</b> | <b>2.641</b>              | <b>1.521</b>           | <b>1.401</b>                   |
| <b>Düsseldorf, krfr. Stadt</b>                       | <b>3</b>  | <b>4.563</b>  | <b>320</b>                | <b>183</b>             | <b>143</b>                     |
| Florence-Nightingale-Krankenhaus                     | 1         | 1.521         | 200                       | 103                    | 103                            |
| Krankenhaus Mörsebroich-Rath                         | 1         | 1.521         | 80                        | 40                     |                                |
| Universitätsklinikum Düsseldorf                      | 1         | 1.521         | 40                        | 40                     | 40                             |
| <b>Wuppertal, krfr. Stadt</b>                        | <b>2</b>  | <b>3.042</b>  | <b>161</b>                | <b>132</b>             | <b>132</b>                     |
| Helios Universitätsklinikum Wuppertal                | 1         | 1.521         | 71                        | 71                     | 71                             |
| Klinikverbund St. Antonius und St. Josef             | 1         | 1.521         | 90                        | 61                     | 61                             |
| <b>Essen, krfr. Stadt</b>                            | <b>3</b>  | <b>4.563</b>  | <b>1.000</b>              | <b>550</b>             | <b>550</b>                     |
| Kliniken Essen-Mitte                                 | 1         | 1.521         | 180                       | 150                    | 150                            |
| Ruhrlandklinik Essen - am Universitätsklinikum Essen | 1         | 1.521         | 800                       | 400                    | 400                            |
| Universitätsklinikum Essen AöR                       | 1         | 1.521         | 20                        | -                      |                                |

# Das Leistungsangebot ist durch verschiedene Einflüsse unter Druck im stark regulierten KH-Sektor

## StrOPS-Prüfungen

**G-BA  
Richtlinien**



**G-BA  
Mindestmengen**

**Personalverfügbarkeit**

**Krankenhausplanung: MD-Prüfung!**

# Fazit Krankenhausplanung NRW bisher


- ▶ Es wird von den Krankenhäusern durchaus reflektiert, wo Mehrfachvorhaltung und Überangebote vorhanden sind
- ▶ Zum Teil erfolgt eine konstruktive Auseinandersetzung im Sinne einer Neuausrichtung der Versorgung gemeinsam mit den anderen Versorgern in der Region.
- ▶ Träger von mehreren Krankenhäusern konsolidieren ihr Leistungsangebot bis hin zur Standortschließung
- ▶ Allerdings sehr unterschiedlich ausgeprägt
  - Auch schwierige Situationen mit großem Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern
  - Teilweise auch Festhalten an Leistungsangeboten, die eigentlich nicht erfolgreich in die Zukunft geführt werden können

# Spannende Frage: Ist NRW mit dieser Runde dann fertig? Oder bestehen noch Überkapazitäten?

Dienstag, 12. September 2023

## **NRW-Krankenhäuser 2022: Zahl der Behandlungsfälle nahezu auf Vorjahresniveau aber über 12 Prozent Rückgang im Vergleich zu 2019**

Im Vergleich zum Jahr 2019 sank die Bettennutzung in den NRW-Krankenhäusern im Jahr 2022 um sieben Prozentpunkte. 16,8 Prozent der Krankenhäuser verfügten 2022 über weniger als 100 Betten.

 Krankenhaus, Patienten, Intensivbetten

<https://www.it.nrw/nrw-krankenhaeuser-2022-zahl-der-behandlungsfaelle-nahezu-auf-vorjahresniveau>



# Auswirkung Bundeskrankenhausreform in NRW?

- **Konzentrationsdruck besteht auch in NRW**
  - ➔ Zwingende Grundlage für die „Entökonomisierung“
- **Akzeptiert der Minister in NRW das Ergebnis der 1. Planungsrunde?**
  - Unterfinanzierung der Krankenhäuser auch Ausdruck der Auslastungssituation
  - Will (muss) der Minister stärker konzentrieren?
- **Einfluss der Insolvenzen auf Konzentration?**
- Krankenhäuser in NRW stark freigemeinnützig getragen (deutlich andere Situation als z.B. in Bayern mit starker kommunaler Trägerschaft)
  - ➔ **Große wirtschaftliche Risiken für NRW-Krankenhäuser**

# AGENDA

01 Rahmenbedingungen

02 Umsetzung neuer  
Krankenhausplan NRW

03 **NRW → Bund → NRW**

04 Krankenhausstrukturreform

# Krankenhausplanung Bund



Bildquelle: [www.pixabay.com](http://www.pixabay.com)

# Kein Krankenhaus soll geschlossen werden...

**2013**

**Berlin - Der SPD-Gesundheitsexperte Professor Dr. Karl Lauterbach hat sich für die Schließung von Krankenhäusern ausgesprochen:** „Durch eine Reduzierung der Zahl der Kliniken würden wir die Versorgung sicher nicht verschlechtern“, sagte Lauterbach der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung (FAS). Aus seiner Sicht werden viele Eingriffe „nur gemacht, weil sie Geld bringen“.

Quelle: [Lauterbach will Kliniken schließen | APOTHEKE ADHOC \(apotheker-adhoc.de\)](#)

**2019**

**Nur die Richtung stimmt**

**SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach stimmte heute den Plänen zur Verringerung der Krankenhäuser in Deutschland teilweise zu.** „Der Grundtenor der Studie ist zwar richtig. Aber die Berechnung, dass man bis zu zwei Drittel der Krankenhäuser abbauen könnte, die halte ich aber für falsch und überzogen“, sagte er der *Passauer Neuen Presse*.

Tatsächlich würde die Qualität mit weniger Krankenhäusern steigen, sofern die richtigen geschlossen würden, so der SPD-Fraktions-Vize

Quelle: 2019, [Debatte um Studie zu Krankenhausschließungen geht weiter \(aerzteblatt.de\)](#)

**2022**

War die Auswahl der führenden Mitglieder der Regierungskommission richtungsweisend?

# Krankenhausplanung Bund

**Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) erwartet eine Pleitewelle deutscher Kliniken, trotz der geplanten Krankenhausreform.**

**„Wir stehen wirklich am Vorabend eines Krankenhaussterbens“,** sagt er in der aktuellen Ausgabe der Wochenzeitung "Die Zeit". **„Es werden leider auch Kliniken sterben, die gar nicht mal schlecht sind.“** Zu lange sei in der Vorgängerregierung nichts passiert.

## **Prinzip Hoffnung?**

Lauterbach sagt der "Zeit" gegenüber jedoch: **„Wenn künftig mehr ambulant gemacht wird, wird es weniger unnötige Krankenhausaufenthalte und Eingriffe geben. Wenn dieser Druck wegfällt, können sich Pflegekräfte und Ärzte viel besser um die verbleibenden Patienten kümmern.“**

# Lösung? → Die „große“ Krankenhausreform („Revolution“)



*Wir lösen das System der Fallpauschalen ab, durch ein System der Vorhaltepauschalen. Die Kliniken erhalten so Geld dafür, dass sie bestimmte Leistungen anbieten – selbst dann, wenn sie sie nicht immer erbringen. Das nimmt den ökonomischen Druck von den Kliniken, erlaubt eine Entbürokratisierung und sorgt für mehr Sicherheit und Qualität bei der medizinischen Versorgung von Patienten. Das ist eine Revolution.*

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach

**Eckpunkte am 10.7.2023 vereinbart, 14 Länder haben zugestimmt**

# **Anspruch:** Ziele der Reform

Mit der Krankenhausreform werden drei zentrale Ziele verfolgt:

- ➔ **Entökonomisierung**
- ➔ **Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität**
- ➔ **Entbürokratisierung**



Darüber hinaus ist die Gewährleistung der Versorgungssicherheit (Daseinsvorsorge) ein zentrales Anliegen.

# Das Narrativ der Reform



- ▶ Das System der Fallpauschalen hat die Krankenhäuser **zu stark** ökonomischen Zwängen ausgesetzt.
- ▶ Viele Krankenhäuser wären von der Schließung bedroht, wenn sich nichts ändert.
- ▶ Stattdessen erhalten **notwendige Kliniken** durch die Reform Vorhaltepauschalen.
  - ➔ Das heißt sie bekommen **eine Art Existenzgarantie**, selbst wenn sie vergleichsweise wenige Behandlungen anbieten.
  - ➔ Qualität und nicht mehr die Quantität bestimmt die Versorgung.

Quelle: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/krankenhausreform.html>



# Die Idee



- ▶ **Krankenhäuser reduzieren**, Leistungsangebote konzentrieren
- ▶ **Personal umverteilen** → Mangel relativieren
- ▶ **Stationäre Fallzahl** durch Anreizreduktion & Ambulantisierung **senken**
- ▶ **Erlösbudget Krankenhaus in jedem Bundesland umverteilen**  
→ Unterfinanzierung beseitigen → „Entökonomisierung“
- ▶ Und dann wird alles (Qualität, Personal, Finanzierung etc.) gut...

**Die DNA dieser Reform ist eine Verringerung  
von Krankenhausstandorten!**

**Nur so würde die „Entökonomisierung“ funktionieren  
und wohl auch die Qualitätsverbesserung**

**Das sollte vom Minister auch so kommuniziert werden.**

**Funktioniert das überhaupt, obwohl ein Zielbild fehlt?**

# Notwendig wäre für eine zielführende Reform

- ▶ **ein klarer Plan: Welche Krankenhäuser mit welcher Ausstattung bzw. welchem Leistungsangebot sind zukünftig notwendig?**
  - ➔ Vorschlag der Regierungskommission war ein rein theoretischer Ansatz, ohne Berücksichtigung des Versorgungsbedarfs (Bevölkerungsdichte), der auch nicht in Bezug auf die Auswirkung geprüft war
- ▶ **Bisherige Auswirkungenanalysen sind kaum belastbar**
  - ➔ Mögliche Leistungsgruppen pro Standort sind ermittelbar, aber nicht die Erfüllung der Qualitätsvorgaben (Mindestvoraussetzungen)

# Notwendiges Zielbild

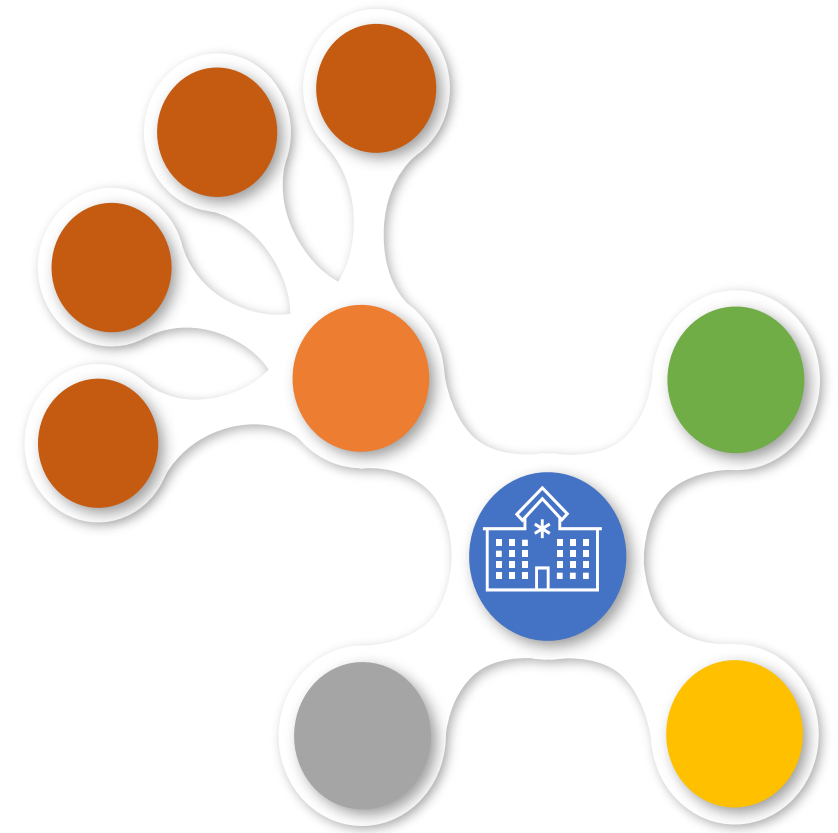
## ▶ Klärung

- **wo welches Leistungsangebot benötigt wird und vorgehalten werden kann**
- **Unter Berücksichtigung von**
  - Bevölkerungsdichte (Versorgungsbedarf)
  - Erreichbarkeit
  - Kapazitäten (Infrastruktur, Personal)
  - Versorgungsrealität

## ▶ Verbindlicher Transformationsprozess

- Krankenhaus**planung**
- **Transformationsfinanzierung**
- Realistische Umsetzungszeiträume

## ▶ Sicherheit für die Krankenhäuser (Träger)



# Notwendiges Zielbild

## ▶ Klärung

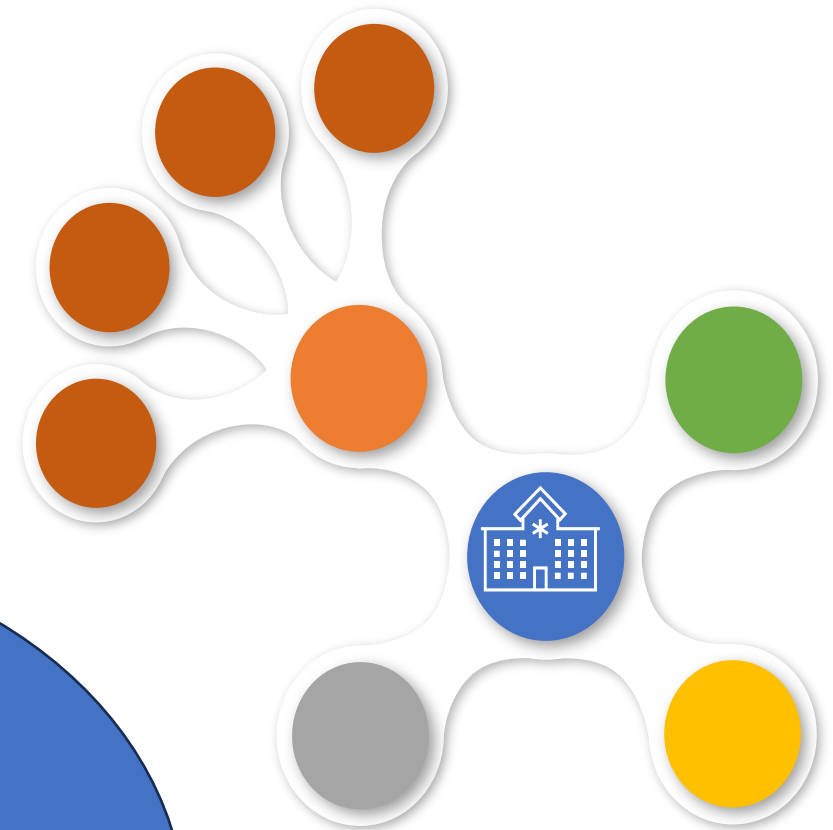
- **wo welches Leistungsangebot benötigt wird und vorgehalten werden kann**
- **Unter Berücksichtigung von**
  - Bevölkerungsdichte (Versorgungsbedarf)
  - Erreichbarkeit
  - Kapazitäten (Infrastruktur, Personal)
  - Versorgungsrealität

## ▶ Verbindlicher Transformation

- Krankenhaus**planung**
- **Transformationsfinanzierung**
- Realistische Umsetzungszeitpunkte

## ▶ Sicherheit für die Krankenhäuser

**Das gilt auch für NRW!**



# Länder sind in der Pflicht

- **Reform der Krankenhauslandschaft ist ganz sicher notwendig,** aber über das „wie“ wird weiter gestritten (Häufig mit einseitiger Perspektive)  
→ Klar ist: Bedarf an stationären Kapazitäten wird sinken, ambulant steigen
- **Wichtige Fragen sind durch die Länder aktiv zu klären:**
  - **wie viele** Krankenhäuser werden **wo** benötigt ?
  - wie sollen die strukturiert werden (z.B. Größe, Leistungsangebote)?
  - wer finanziert die „neue“ Infrastruktur ?
- **Länder müssen diese Fragen zur Zukunftsgestaltung ihrer Krankenhausstrukturen ganz zügig klären und eine aktive Krankenhausplanung durchführen**  
→ Davon wird der Erfolg der Reform abhängen
- **Die notwendigen Umstrukturierungen brauchen sicher viel Zeit und müssen die Versorgungsrealität berücksichtigen!**

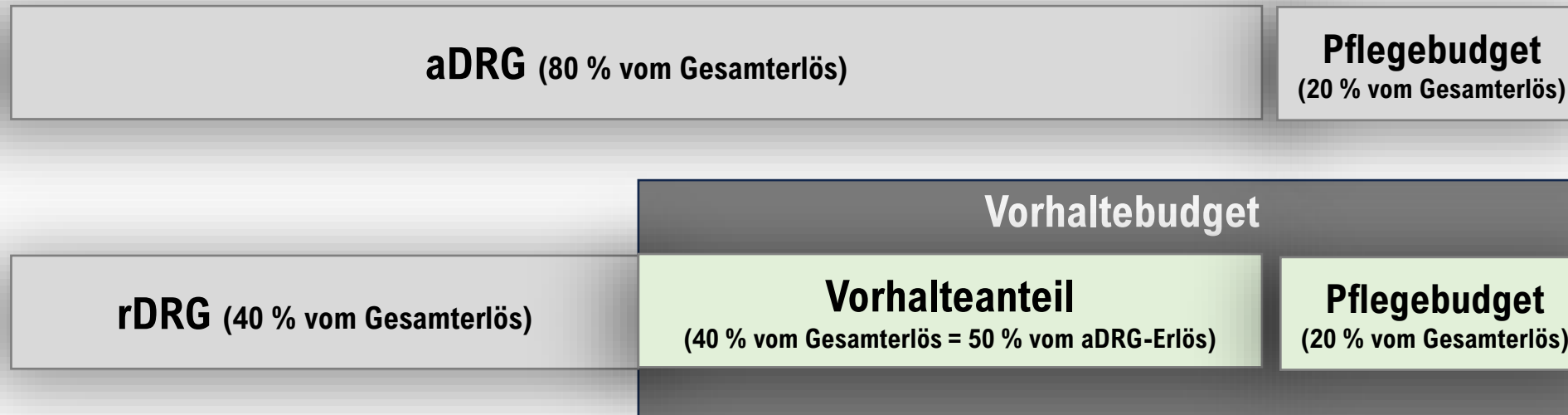
# Wesentliche Unterschiede

## NRW- Krankenhausplanung

- ▶ Leistungsgruppen **NUR** zur Verteilung des Versorgungsauftrages
- ▶ **Ermittlung des konkreten Bedarfs** (Fallzahl pro LG)
- ▶ Detaillierte Verteilung des Bedarfs auf die beantragenden Krankenhäuser, die die Mindestvoraussetzungen erfüllen **und die Leistungen erbringen sollen.**
- ▶ **Konzentration bisher moderat (Votum Ministerium steht noch aus!)**
- ▶ **Konzentrationswirkung?**

## Bundeskrankenhausreform

- ▶ Knüpfung von Vorhaltefinanzierung an die Leistungsgruppen (DRG 2.0?)
- ▶ Zunächst wohl **keine Bedarfsermittlung vorgesehen**, (Bundesländer könnten diese aber durchführen)
- ▶ Bekommt jedes KH was die Mindestvoraussetzungen erfüllt auch die Leistungsgruppe?
- ▶ **Konzentrationswirkung?**



## Vorhaltebudget (ohne Pflegeanteil)

- ⇒ Ausweisung **nach Land** und LG
- ⇒ **Nicht die tatsächlichen Vorhaltekosten, sondern fixierter Vorhalteanteil an den Gesamtkosten**
- ⇒ Steigerungsfaktor für Unikliniken
  - Für jedes Haus durch InEK errechnet (Fallzahl und CMI je LG)
- ⇒ Regelmäßige Neueinstufung (beim Start nach 2 Jahren und danach alle 3 Jahre)
- ⇒ Fallzahländerung in Korridor +/- 20 % soll keinen Einfluss auf Vorhaltebudget haben, die Fallschwere aber schon (CMI)!



- ▶ ...durch die Einführung der Vorhaltefinanzierung **erfolgt eine neue Verteilung des bestehenden Erlösvolumens, zunächst ohne dass sich das Erlösvolumen durch die Einführung der Vorhaltevergütung insgesamt erhöht.**
- ▶ **Ziel ist nicht, die tatsächliche Vorhaltung auszufinanzieren**
- ▶ „auf Basis vereinbarter Fälle“... „wird das Vorhaltebudget nach Art und Umfang der zugewiesenen Leistungsgruppen **unabhängig von der Zahl der erbrachten Fälle** ermittelt“...
  - ▶ **Die Umstellung auf Vorhaltefinanzierung erfolgt schrittweise ab 2026(2025)!**

**2024**

**2025**

**2026**

**2027 ff**

**Gesetz gilt, Länder weisen den KH LG zu**

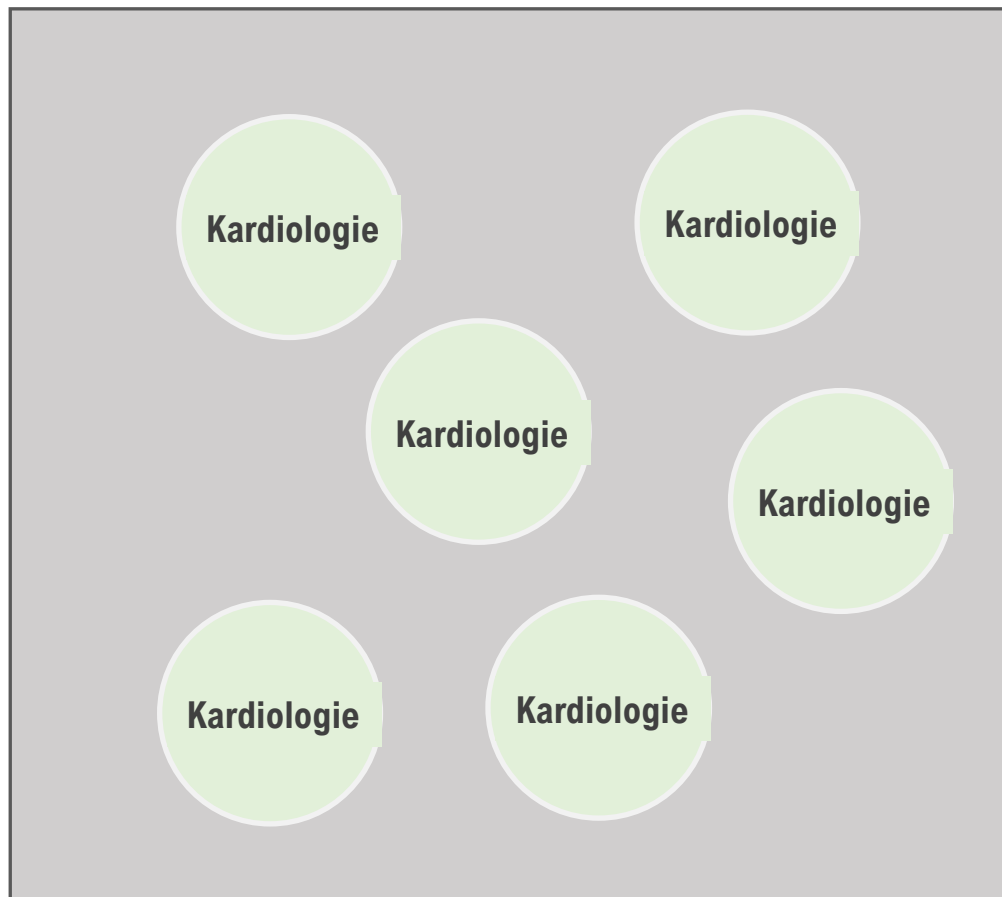
- ▶ **Fallzahlunabhängige Vorhaltefinanzierung über Art und Umfang der zugewiesenen Leistungsgruppen**
- ▶ Aber Finanzierung über DRG-Anteile!
- ▶ Mehrjährige Konvergenzphase

2026 Budgetneutral  
**Linke Tasche / rechte Tasche!**

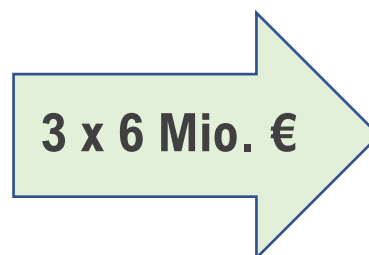
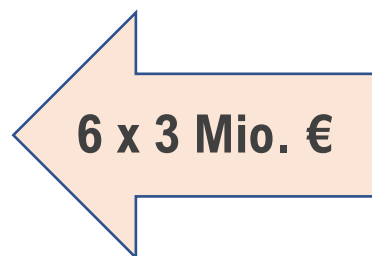
# Vorschlag der Regierungskommission

- Vorhaltefinanzierung für eine Region festlegen nach Versorgungsbedarf
- bündeln auf weniger Krankenhäuser

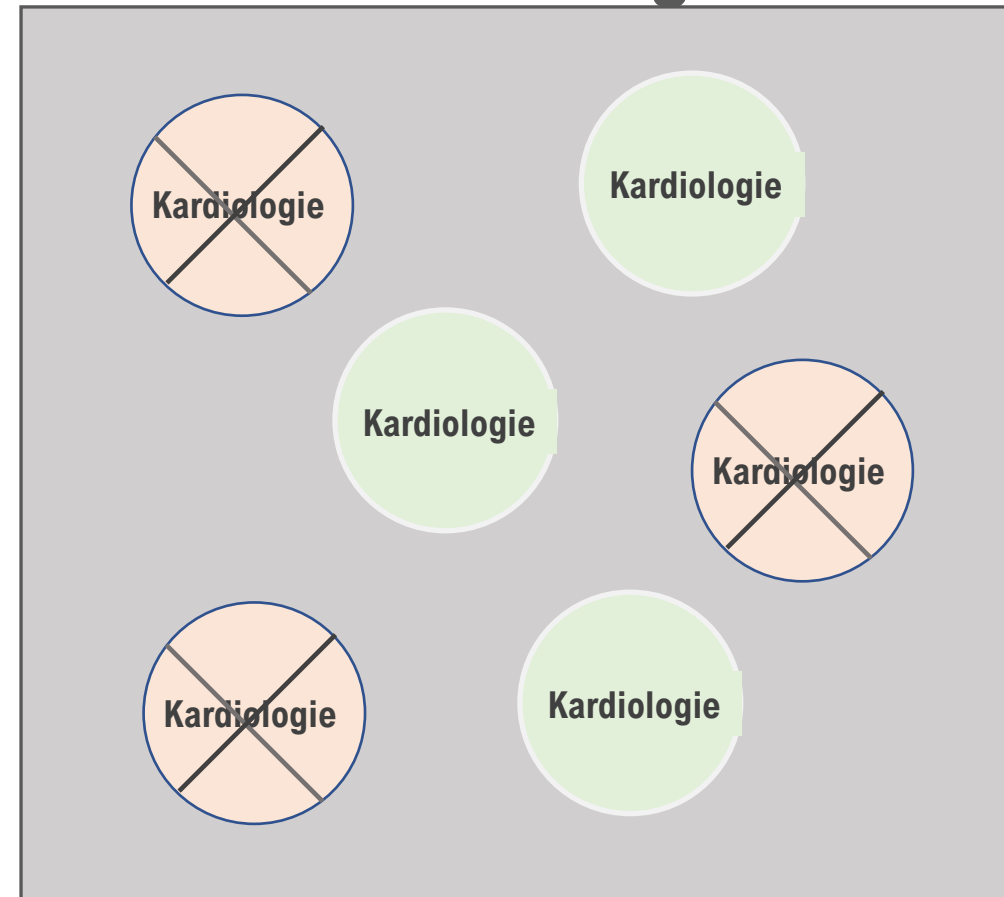
## Heute



18 Mio.€  
Vorhaltefinanzierung



## Zukünftig



Vereinfachte Darstellung, da Vorhaltefinanzierung auch durch das Leistungsvolumen beeinflusst wird!

Was sind „**Leistungsgruppen**“  
zur Vorhaltefinanzierung?

Was unterscheidet sie von **DRGs**?


# Transparenz für die Öffentlichkeit

Laufendes Verfahren

13.09.2023

## Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz

Kabinett: 13.09.2023

[zum Download \(Formulierungshilfe\) \(PDF, nicht barrierefrei, 102 KB\)](#) 

# Und nun noch das Krankenhaustransparenzgesetz...



Frankfurter Allgemeine Zeitung

## Lauterbachs Reform: Patienten sollen sich vor Operationen besser über Kliniken informieren können

Artikel von Kim Björn Becker • 3 Std.

**Die Bundesregierung will es den Bürgern vom kommenden Jahr an leichter machen, Unterschiede in der Behandlungsqualität zu erkennen.**

**Krankenhausatlas im Internet:** Der Atlas soll für jedes der etwa 1700 Krankenhäuser und für 65 unterschiedliche Behandlungen deutlich machen, auf welche Fallzahlen die jeweilige Klinik kommt. Zudem soll der Atlas die **Komplikationsraten bei ausgewählten Eingriffen** nennen, wobei die Fallschwere berücksichtigt werden soll. Damit soll verhindert werden, dass ein Krankenhaus gute Ergebnisse erzielt, in dem es etwa bevorzugt leichte Fälle operiert.

# BMG-Presskonferenz zum KH-Transparenzgesetz, 13.9.2023



„Das Krankenhaustransparenzgesetz ist wichtiger Bestandteil unserer Krankenhausreform. Patienten haben ein Recht darauf zu wissen, was Kliniken leisten. **Mit dem interaktiven Krankenhaus-Atlas machen wir die Qualität der Krankenhäuser transparenter und stärken so die individuelle Entscheidung der Patientinnen und Patienten.**“

„Mehr Transparenz ist überfällig und hilft Krankenhäusern wie Patienten gleichermaßen.“  
“So sichern wir ein hohes Qualitätsniveau der stationären Versorgung in Deutschland.“

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach

# Von den Leistungsgruppen zu den Leveln

| Vorgaben                                  | Level 1n        | Level 2 | Level 3 | Fachklinik  | Level 1i  |
|---|-----------------|---------|---------|---|---|
| Benötigte Internistische Leistungsgruppen | Allg. Innere    | 2       | 5       | soll in Abstimmung mit den Länder festgelegt werden | soll jeweils durch die Länder festgelegt werden |
| Benötigte Chirurgische Leistungsgruppen   | Allg. Chirurgie | 2       | 5       |   |   |
| Benötigte Weitere Leistungsgruppen        | Intensiv        | 3       | 8       |   |   |

## Chirurgische Leistungsgruppen

- 4 Allgemeine Chirurgie
- 5 Kinder- und Jugendchirurgie
- 6 Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie
- 17 Plastische und Rekonstruktive Chirurgie
- 18 Bauchortenaneurysma
- 19 Carotis operativ/ interventionell
- 20 Komplexe periphere arterielle Gefäße
- 21 Herzchirurgie
- 22 Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche
- 23 Endoprothetik Hüfte
- 24 Endoprothetik Knie
- 25 Revision Hüftendoprothese
- 26 Revision Knieendoprothese
- 27 Spezielle Traumatologie
- 28 Wirbelsäuleneingriffe
- 29 Thoraxchirurgie
- 30 Bariatrische Chirurgie
- 31 Lebereingriffe
- 32 Ösophaguseingriffe
- 33 Pankreaseingriffe
- 34 Tiefe Rektumeingriffe

## Internistische Leistungsgruppen

- 1 Allgemeine Innere Medizin
- 2 Komplexe Endokrinologie und Diabetologie
- 3 Infektiologie
- 4 Komplexe Gastroenterologie
- 5 Komplexe Nephrologie
- 6 Komplexe Pneumologie
- 7 Komplexe Rheumatologie
- 8 Stammzelltransplantation
- 9 Leukämie und Lymphome
- 10 EPU/Ablation
- 11 Interventionelle Kardiologie
- 12 Kardiale Devices
- 13 Minimalinvasive Herzklappenintervention

# Von den Leistungsgruppen zu den Leveln „Weitere“ Leistungsgruppen

|  |
|--|
| 35 Augenheilkunde  |
| 36 Haut- und Geschlechtskrankheiten                                  |
| 37 MKG   |
| 38 Urologie  |
| 39 Allgemeine Frauenheilkunde  |
| 40 Ovarial-CA  |
| 41 Senologie   |
| 42 Geburten  |
| 43 Perinataler Schwerpunkt   |
| 44 Perinatalzentrum Level 1  |
| 45 Perinatalzentrum Level 2  |
| 46 Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin                              |
| 47 Spezielle Kinder- und Jugendmedizin                               |
| 48 Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzell-<br>transplantation |
| 49 Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie<br>und Lymphome      |

|                                  |
|----------------------------------|
| 50 HNO                           |
| 51 Cochleaimplantate             |
| 52 Neurochirurgie                |
| 53 Allgemeine Neurologie         |
| 54 Stroke Unit                   |
| 55 Neuro-Frühreha (NNF, Phase B) |
| 56 Geriatrie                     |
| 57 Palliativmedizin              |
| 58 Darmtransplantation           |
| 59 Herztransplantation           |
| 60 Lebertransplantation          |
| 61 Lungentransplantation         |
| 62 Nierentransplantation         |
| 63 Pankreastransplantation       |
| 64 Intensivmedizin               |
| <b>65 Notfallmedizin</b>         |

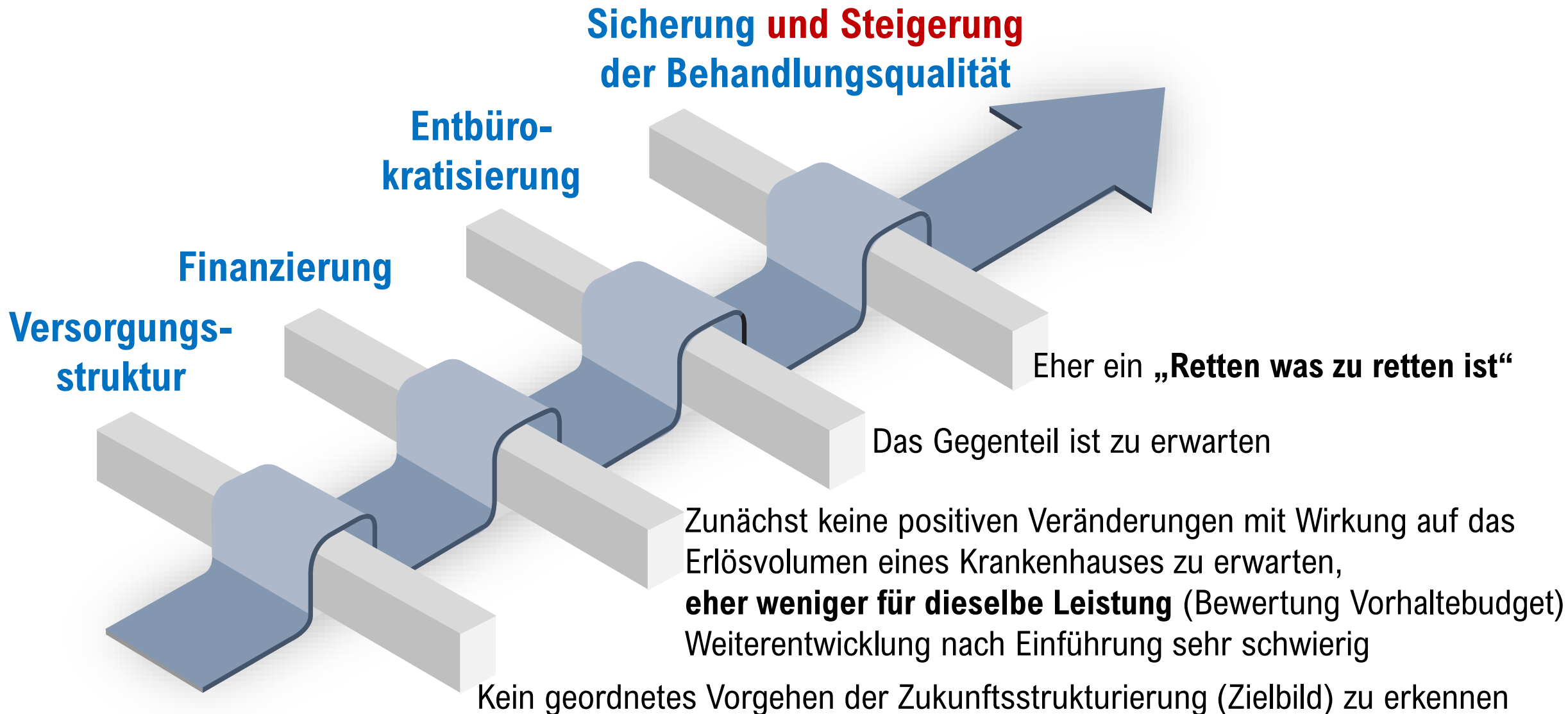
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/K/Krankenhaustransparenzgesetz\\_Formulierungshilfe\\_BReg.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/Krankenhaustransparenzgesetz_Formulierungshilfe_BReg.pdf)



# Das immer wiederholte Dogma

- ▶ **Standorte mit vielen Leistungsgruppen sind gute Standorte**  
(Level II, Level III)
- ▶ Es ist selbstredend, dass die großen Häuser mehr Leistungsgruppen und auch mehr Personal haben  
(wahrscheinlich auch größere Fachabteilungen)
  - ➔ Daraus folgt (nach dem Dogma)
    - ➔ große Krankenhäuser sind gute Krankenhäuser

# Auswirkung der Reform



# Auswirkungsanalysen

- ▶ Können aktuell nur die **potentiell möglichen Leistungsgruppen** feststellen
- ▶ **Die wesentliche Information fehlt:**
  - Sind die Mindestvoraussetzungen für die jeweilige LG erfüllt.
- ▶ Auch wenn diese Informationen vorliegen, ist es nur eine vorläufige Bewertung, die nicht verbindlich die Zukunft des Leistungsangebotes eines Hauses prognostiziert.
- ▶ **Nichts ist sicher !!**
- ▶ Auch wenn NRW die Grundlage für die Bundes-LG darstellt ist nicht sicher, das es das unveränderte NRW-System bleibt.
- ▶ **Und die Leistungsgruppen müssen die MD-Prüfung überstehen!**

# (Struktur)-Qualitätsanforderungen für jede Leistungsgruppe und für jeden Standort !!

Mindestvoraussetzungen **und** Auswahlkriterien



# Aufgabenpaket für die Behörden

- ▶ Umsetzung und fortlaufende Administration der Reform (des theoretischen Ansatzes) ist extrem aufwändig (bürokratisch)
  - ➔ zunächst **weitgehende statische Leistungsgruppenzuweisung**  
(wie ist zu reagieren auf Versorgungsveränderungen?)
  - ➔ **Jede Verschiebung zwischen Krankenhausstandorten administrativ begleiten**  
(Wo gehen die Fälle hin? Wie viel Vorhaltebudget ist zu verschieben?)
  - ➔ **Fortlaufende Überwachung der „Lizenz“ für die Leistungsgruppen**  
(Einhaltung Mindestvoraussetzungen)
- ➔ **Erinnert stark an eine kontinuierlich kontrollierte Planwirtschaft**

# Auch gut gemeinte Reformen frisst am Ende die Bürokratie!

Da hilft kein Zappeln:  
Verstickt sich eine Reform im  
**Netz der Komplexität**, dann ist sie  
verloren!



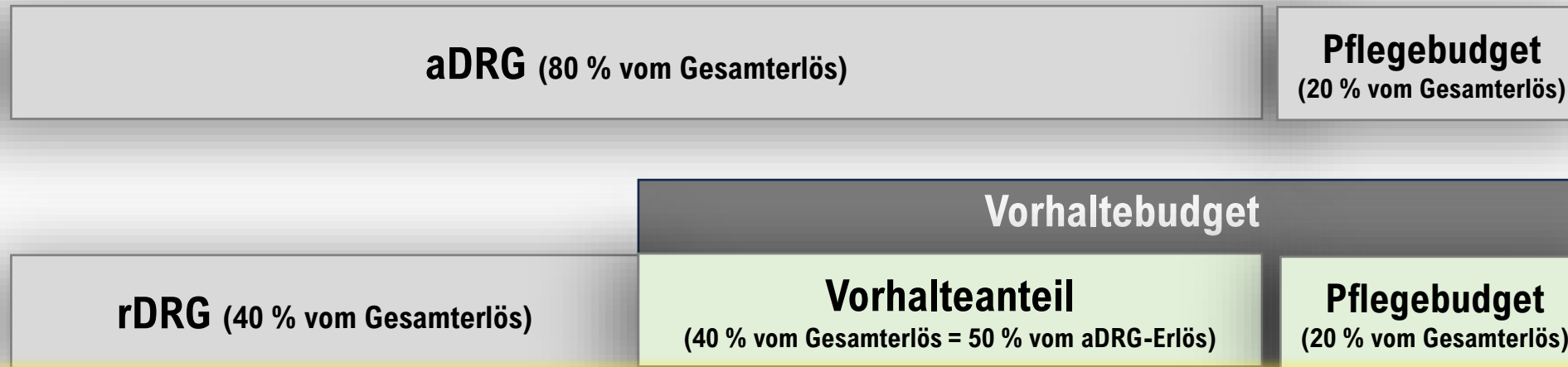
# AGENDA

01 Rahmenbedingungen

02 Umsetzung neuer  
Krankenhausplan NRW

03 NRW → Bund → NRW

**04 Wie geht es weiter?**



**Beginnende Finanzwirkung  
der Reform erst ab 2026**

**Dann beginnt mehrjährige Konvergenzphase**

⇒ Zahlung des V-Budgets über fallbezogene Zuschläge?



# Und wie geht es in den nächsten Monaten weiter?

- ▶ Freigemeinnütziger Träger kommen an die Grenzen ihrer Leistungsmöglichkeiten.
- ▶ Kommunen müssen sich auf Krankenhausübernahmen vorbereiten  
→ Rechtzeitig mit der Kommune sprechen.
- ▶ Schwierig, wenn es einen kommunalen und freigemeinnützigen Träger in der Stadt gibt → Aber möglich: Siehe Beispiel Köln-Porz.

**Die Stadt Köln stockt ihren Kredit um weitere 14 Millionen Euro auf insgesamt 23 Millionen Euro für die Sanierung des Krankenhauses Porz auf.** Auch der Zeitraum für die Rückzahlung des Darlehens wird bis 2028 verlängert. Das hat die Stadt einstimmig beschlossen, nachdem die Kuratoriumsmitglieder **der privaten Krankenhausstiftung Porz am Rhein**, der das Krankenhaus gehört, dem Sanierungsplan einstimmig zugestimmt hatten.

[Sanierung - Krankenhaus Porz erhält weiteren Millionen-Kredit \(bibliomedmanager.de\)](https://www.bibliomedmanager.de)

# Spannungsfeld

**Krankenhaus ist ein hochemotionales Thema**  
**Reaktion: Bürgerproteste, Bürgerentscheide**  
**Politik reagiert (Wiederwahl)**

**Notwendigkeiten, die sich aus den**  
**Rahmenbedingungen ergeben**  
**(Personal, Verfügbarkeit,**  
**Finanzierungsmöglichkeiten)**

Stadtgeschehen

## **Köln hält zusammen: Protest gegen Klinikschließungen**

Nina Lauter - vom 23.6.2023

**Die Schließung der Kölner Krankenhäuser Holweide und Amsterdamer Straße löst weitreichende Proteste aus. Die von den Klinikmitarbeitenden und Bürger\*innen initiierte Petition erfährt beachtliche Unterstützung.**

[Köln hält zusammen: Protest gegen Klinikschließungen | So Köln \(so-stadt.de\)](#)

Bildquelle: [www.pixabay.com](http://www.pixabay.com)

# Fazit I

- ▶ **Kaum vorstellbar, das mit den bisher bekannten planwirtschaftlichen Konzeptionen die Reformziele erreicht werden können**
  - Klares Zielbild (zukünftige Versorgungsstruktur) fehlt und wird bundesweit auch nicht festlegbar sein ohne die Zustimmung der Länder
- ▶ **Gesetzentwurf und endgültiges Votum der Länder noch offen**
  - Details der Umsetzung der Reform weitgehend noch unklar
  - Finanzierungsänderung in Ausgestaltung und Wirkung noch unklar
- ▶ **Die Kommunikation der Reform durch den Minister in der Öffentlichkeit ist bisher jedoch ausgezeichnet gelungen!**

# Ein Beispiel: Kommunikation des Ministers exzellent

## Gute Sache

Geplanter Klinik-Atlas  
kann Patienten helfen

*Von Hajo Zenker*

Keine Frage: Wer eine planbare Operation vor sich hat, möchte größtmögliche Sicherheit, auch wirklich gut behandelt zu werden. Bisher gibt es neben der Empfehlung des eigenen Praxisarztes als Hilfe bei der Auswahl der Klinik diverse Seiten im Internet, von Krankenkassen, Stiftungen, Bewertungsportalen. Nun aber soll es eine Homepage mit staatlichem Gütesiegel geben.

Ab April nächsten Jahres will Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) Daten zur Qualität aller Kliniken veröffentlichen. Dort soll man etwa erfahren, welche Fachabteilungen das jeweilige Krankenhaus hat, wie viele Ärzte und Pflegekräfte es im Verhältnis zu den behandelten Fällen gibt, wie viele spezielle Eingriffe im

## Online-Atlas für Kliniken

Berlin (dpa). Über Leistungen und Behandlungsqualität der Krankenhäuser in Deutschland sollen sich Patientinnen und Patienten bald auf einem staatlichen Online-Portal informieren können. Das sehen Gesetzespläne von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) vor, die das Kabinett am Mittwoch auf den Weg gebracht hat. Das „Transparenzverzeichnis“ soll im April 2024 starten und in verständlicher, interaktiver Form über das Angebot am jeweiligen Klinikstandort informieren. Das Gesetz soll eine geplante große Krankenhausreform mit Neuregelungen zur Finanzierung ergänzen, auf deren Grundzüge sich Bund und Länder mehrheitlich verständigt hatten. ■ Kommentar

## Gute Sache (Kommentar des Redakteurs)

**Dass die Länder über dieses Portal nicht begeistert sind, zeigt: Sie wissen eigentlich genau, dass zu viele Kliniken zu wenig Ahnung von verschiedenen Eingriffen haben, diese aber trotzdem anbieten.**

**Da die Länder für die Krankenhausplanung zuständig sind, hätten sie daran also längst etwas ändern können – wenn sie sich das angesichts des zu erwartenden Vor-Ort-Widerstandes gegen Klinikschließungen oder -verkleinerungen denn getraut hätten.**

# Fazit II

- ▶ **Die Krankenhausreform wird kommen und sie wird die Krankenhauslandschaft bundesweit stark beeinflussen**
- ▶ **Kleinere Krankenhäuser sind die potenziellen Verlierer**  
(Müssen Leistungen und Finanzierung abgeben)
- ▶ **Die Details zur Umsetzung der Reform sind noch nicht bekannt!**
  - Zielbild
  - Leistungsgruppensystem
  - Finanzierung
  - Transformationsbedingungen
- ▶ **Die Krankenhäuser „tappen noch im Dunkeln“**
  - ➔ Weitere Entwicklungen gut beobachten und jeweils potentielle Auswirkungen analysieren

# Was nehmen wir mit nach Hause?

- ▶ **Auch wenn die Kritik groß ist:**
  - ➔ **Dieses System wird im Kern wohl kommen!**
- ▶ **Darum handeln Sie:**
  - Systemrelevanz der eigenen Leistungsangebote noch einmal überprüfen
  - Leistungsfähigkeit in jeder Leistungsgruppe (NRW-Modell) selbstkritisch bewerten (schaffen wir das auch in Zukunft?)
  - Leistungsmix (Cluster) prüfen (z.B. Onkologie)
  - **Mit den anderen Versorgern in der Region sprechen**
    - ➔ **Versorgung gemeinsam gestalten – abstimmen**
- ▶ **Finanzierungsverbesserung heute (15.9.23) noch sehr unklar (wann, wieviel?)**
- ▶ **Regionale Krankenhausverbände (können intern umstrukturieren) und große Häuser (Vielzahl von Leistungsgruppen) sind im Vorteil**
- ▶ Reaktionen der Bevölkerung sind abzuwarten



# Roeder & Partner Ärzte

Berater im Gesundheitswesen

## **Roeder & Partner**

Ärzte, Partnerschaftsgesellschaft

**DRG-Research-Group**

Am Dorn 10, 48308 Senden

[www.roederpartner.de](http://www.roederpartner.de)

Dr. med. Wolfgang Fiori  
Geschäftsführender Partner

Prof. Dr. med. Norbert Roeder  
Geschäftsführender Partner

Dr. med. Holger Bunzemeier  
Geschäftsführender Partner

# Weitere Literatur vom Referenten

1. Roeder N., Fiori W. (2023), Revolution auf der Zielgraden?, Kommentierung der Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vom 10.7.2023, das Krankenhaus, 8:693-706
2. Fiori W., Lakomek H.-J., Specker C., Bessler F., Held J., Klemann A., Kötter I., Krause A., Noack R.J., Strunk J., Roeder N. (2023) Die akutstationäre Rheumatologie im Kontext der „grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung“, das Krankenhaus 7: 602-615
3. Roeder N. (2023) Krankenhausplanung: Welches Leistungsgruppensystem passt?, das Krankenhaus 5: 409-422
4. Fiori W., Bunzemeier H., Roeder N. (2023) Die „Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“, das Krankenhaus 2: 134-155
5. Roeder N., Bunzemeier H., Fiori W. (2023) Krankenhäuser in der Krise, das Krankenhaus 1: 5-10
6. Fiori W., Lakomek, H.-J., Roeder N. (2022) Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung Teil II - Die neue Krankenhausplanung NRW - was gilt für die akutstationäre Rheumatologie,arthritis + rheuma, 42:127-130
7. in Ihr Krankenhaus 2030 – sicher und stark für die Zukunft, Kohlhammer, ISBN 978-3-17-041942-1[f1]
  - Roeder N., Fiori W. (2022) Qualitätsorientierte Krankenhausplanung - Beispiel NRW
  - Roeder N., Bunzemeier H. (2022) Ziele und Methoden einer medizinstrategischen Zukunftsausrichtung
  - Roeder N.. (2022) Qualitätserleben aus Patientensicht
  - Roeder N., Franz D. (2022) Qualität als Erfolgsfaktor: Qualität mit Einfluss auf Art und Ort der Leistungserbringung
8. Fiori W., Roeder N. (2022) Krankenhausplanung NRW - das Planungsverfahren, das Krankenhaus 10: 866-884
9. Fiori W., Lakomek, H.-J., Roeder N. (2022) Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung Teil I - Ein Blick in die Zukunft der akutstationären Rheumatologie, arthritis + rheuma, 42:51-53
10. Roeder N., Fiori W., Bunzemeier H. (2022), Strukturveränderung im deutschen Gesundheitswesen - wann und wie ? (2022), Der Krankenhausjustiziar, 1:5-8
11. Roeder N., Fiori W., Bunzemeier H. (2021), Bedeutung der Neuausrichtung der NRW-Krankenhausplanung für die chirurgischen Fachgebiete, Passion Chirurgie, 12-IV-2021, Seite 41.47
12. Roeder N., May P.-J., Kösters R., Fiori W. (2021) Neuausrichtung der NRW-Krankenhausplanung, das Krankenhaus, 10:873-892